

ANAMNESEBOGEN HYPNOSE-BEHANDLUNG

KIND

Personendaten

Eltern

Name: _____

Vornamen: _____

Strasse: _____

Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Kind

Name: _____

Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____

Hauptziel der Hypnosebehandlung:

Nebenziele der Hypnosebehandlung (falls vorhanden):

Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?

Wie äußert es sich genau?

Gab es zu der Zeit, als das Problem begann, irgendwelche Veränderungen im Leben des Kindes/der Familie? (Trennung, Umzug, Einschulung, neues Geschwister etc.)

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse)?

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Freunde, Familie, Lehrer, Betreuungsperson) ?

Welche Ängste / Unsicherheiten sind bei Ihrem Kind bekannt?

Wie schläft Ihr Kind? (Ruhig, alleine, Problemen beim Einschlafen etc.)

Geburt und Schwangerschaft

Wie verlief die Schwangerschaft? Gab es für die Mutter in dieser Zeit irgendwelche einschneidenden Erfahrungen / Erlebnisse / Verluste

Wie verlief die Geburt? (Frühgeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke etc.)

Gesundheitliche Situation

Bestehen derzeit noch andere aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme?

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? Wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt?

Wurde konkret für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie durchgeführt? Wie waren die Ergebnisse?

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Fragen zur Hypnose

Wurden Sie/Ihr Kind schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege vorgegangen?

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

Gibt es etwas, was der Behandler besonders beachten sollte (sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden)?

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich nehme zur Kenntnis, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Bitte senden Sie diesen Bogen möglichst früh im Voraus (nach erfolgter Terminvereinbarung) an untenstehende E-Mail Adresse.

Ort / Datum

Unterschrift der Eltern



Gesundheits- & Hypnosepraxis

Carole Schürch
dipl. Hypnosetherapeutin HS

Tel. 079 705 54 29
www.hypnobern.ch
info@hypnobern.ch